



# RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 2025

Presbyterian Dual Plus  
(HMO D-SNP)

H3204-013-004,  
H3204-013-005,  
H3204-013-006

Este es un resumen de los beneficios médicos y de medicamentos que cubre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) vigentes del 1° de enero del 2025 al 31° de diciembre del 2025.

Los **planes Presbyterian Dual-Eligible Special Needs (HMO D-SNP)** [necesidades especiales] proporcionan todos los beneficios y servicios que ofrece Medicare Original, y mucho más. Estos planes están diseñados para los beneficiarios que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Dependiendo de su código postal y para aquellos que cumplan los requisitos, su plan **puede\*** incluir:

- Tarjeta de venta libre (OTC) para medicamentos sin receta y artículos relacionados con la salud aprobados por los CMS
- Beneficio de comestibles y alimentos saludables
- Servicios dentales completos
- Exámenes auditivos y audífonos
- Telesalud, 24 horas al día, los siete días de la semana
- Exámenes de la vista y anteojos o lentes de contacto
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®
- Cuidados quiroprácticos de rutina
- Transporte

*\*Repase el Resumen de Beneficios para informarse sobre todos los detalles del plan*

*(La continuación de los requisitos de inscripción se encuentra en la página siguiente)*

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

### Para inscribirse en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP):

- Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Usted tiene que vivir en uno de estos condados de Nuevo México: Bernalillo, Catron, Chaves, Cíbola, Colfax, Curry, DeBaca, Doña Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Álamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, San Miguel, Santa Fe, San Juan, Sierra, Socorro, Taos, Tarrant, Union, o Valencia.

### Usted tiene que calificar para una de las siguientes categorías del Programa Medicaid:

- **Beneficio adicional de beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, los deducibles y las cantidades de coseguro y copagos. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para cubrir los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga los deducibles, el coseguro, los copagos y las primas de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos [Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+]:** Medicaid paga su prima de la Parte B y proporciona los beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. A veces también pudiera ser elegible para recibir ayuda limitada de su agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de sus costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si el servicio lo cubre tanto Medicare como Medicaid. A lo mejor habrán casos en los cuales tenga que pagar los costos compartidos si Medicaid no cubre un servicio o beneficio.
- **Beneficios completos para personas con elegibilidad doble [Full Benefits Dual Eligible, FBDE]:** Tal vez Medicaid le ayude, de forma limitada, a pagar los costos compartidos de Medicare. Además, Medicaid proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. A veces a lo mejor usted también sea elegible para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para pagar las sumas que le corresponden de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si tanto Medicare como Medicaid cubren el servicio. A lo mejor, en algunos casos, usted tenga que pagar costos compartidos si un servicio o beneficio no lo cubre Medicaid.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	004 Usted paga	006 Usted paga	005 Usted paga
Zona de servicio	Bernalillo, Doña Ana, Sandoval, Santa Fe, Valencia	Catron, Cibola, Colfax, De Baca, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, San Miguel, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union	Chaves, Curry, McKinley, Quay, Roosevelt, San Juan
Prima mensual del plan	<b>\$0</b> Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS], puede ser que Medicare pague la prima de su plan.		
Deducible	<b>\$0</b>		
Obligación del gasto máximo de bolsillo anual	<b>\$9,350</b> Usted no tiene la obligación de pagar ningún gasto de su bolsillo para la cantidad máxima de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B		
Atención médica en el hospital para pacientes internados*	Copago de \$0		
Cirugía para pacientes ambulatorios*	Copago de \$0		
Consultas con un médico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica primaria</li> <li>• Especialistas</li> <li>• Videoconsultas</li> </ul>	Copago de \$0		
Atención médica preventiva	Copago de \$0		
Atención médica de emergencia (No se tiene que pagar el copago si ingresa al hospital.)	Copago de \$0		
Servicios que se necesitan con urgencia	Copago de \$0		
Servicios diagnósticos, de laboratorio y de toma de imágenes*	Copago de \$0		

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	004 Usted paga	006 Usted paga	005 Usted paga
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rutinario anual</li> <li>Audífonos</li> </ul>	\$0 es el copago \$2,000 es la prestación máxima cada 24 meses	\$0 es el copago \$2,000 es la prestación máxima cada 24 meses	\$0 es el copago \$2,000 es la prestación máxima cada 36 meses
<b>Servicios dentales rutinarios</b>	\$3,000 es la prestación máxima anual Se cubren dentaduras postizas cada cinco años	\$1,800 es la prestación máxima anual Se cubren dentaduras postizas cada cinco años	No se cubre
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen anual rutinario</li> <li>Diagnósticos y tratamientos de enfermedades y problemas de los ojos</li> <li>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</li> </ul>		Copago de \$0 Copago de \$0  Copago de \$0	
<b>Servicios de salud mental*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para pacientes internados</li> <li>Sesiones de terapia en grupo para pacientes ambulatorios</li> <li>Sesiones de terapia en individual</li> </ul>	Igual a la atención médica en el hospital para pacientes internados	Copago de \$0  Copago de \$0	
<b>Centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF]*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días 1 – 100</li> <li>Día 101 en adelante</li> </ul>		Copago de \$0 al día El 100% de los costos	
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</li> <li>Consultas de terapia ocupacional, física y del habla y lenguaje</li> </ul>		Copago de \$0 Copago de \$0	

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	004 Usted paga	006 Usted paga	005 Usted paga
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$0		
<b>Transporte</b>	50 viajes de ida por año a consultas médicas, dentales y farmacéuticas con tal que se hayan aprobado.	30 viajes de ida por año a consultas médicas, dentales y farmacéuticas con tal que se hayan aprobado.	No se cubre
<b>Quimioterapia y medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Copago de \$0		
<b>Cuidados de los pies</b> <i>(Los servicios de podología cubiertos por Medicare)</i> Exámenes y tratamientos de los pies	Copago de \$0		
<b>Equipos/suministros médicos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos médicos duraderos (p.ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>Protésicos</li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiras de pruebas, lancetas y medidores <i>(se limita la cobertura a los productos de marca Accu-Chek)</i></li> <li>Monitores de la glucosa continuo [CGM por sus siglas en inglés] <i>(se limita la cobertura a los productos de Freestyle Libre)</i></li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Servicios quiroprácticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para corregir la subluxación <i>(se limita a 20 consultas al año)</i></li> <li>Rutinario <i>(se limita a 25 consultas al año)</i></li> </ul>	Copago de \$0		
<b>Atención médica en casa*</b>	Copago de \$0		

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Cobertura de medicamentos con receta

<b>Deducible</b>	<p>Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS] – usted paga: \$0 (el deducible de \$590 se puede pagar en su nombre) niveles 2 - 5</p>
<b>Cobertura de medicamentos recetados</b>	<p>Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS], usted paga los siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se tratan como genéricos), ya sea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$0; o</li> <li>• copago de \$1.60; o</li> <li>• copago de \$4.80</li> </ul> <p>Por todos los otros medicamentos, ya sea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$0; o</li> <li>• copago de \$4.90; o</li> <li>• copago de \$12.15</li> </ul> <p>Usted puede conseguir sus medicamentos tanto por correo como en farmacias de venta al por menor de la red. Su plan tiene una farmacia de encargos por correo preferencial que ofrece ahorros por los suministros de 90 días.</p> <p>Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que en las farmacias de venta al por menor.</p> <p>Usted puede conseguir medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red al mismo costo que de una farmacia de la red.</p> <p>Su copago no será más de \$35 por un suministro de 30 días de insulinas cubiertas.</p>
<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>	<p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare [Medicare Prescription Payment Plan] es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a manejar los costos de sus medicamentos, repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para más información, vaya a <a href="https://phs.org/Medicare">phs.org/Medicare</a> y (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711).</p>
<b>Cobertura catastrófica</b>	<p>Una vez que los costos de sus gastos del bolsillo anual por medicamentos (incluso los medicamentos que compre tanto por correo como en farmacias de venta al por menor) alcancen \$2,000, usted ya no pagará nada por todos sus medicamentos.</p>



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Beneficios Suplementarios

Beneficios suplementarios	004 Usted paga	006 Usted paga	005 Usted paga
<b>Comidas</b> Se entregan a su domicilio un máximo de 20 comidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el copago de \$0.</li> <li>• Se entregarán a su domicilio un máximo de 20 comidas después de una estancia en el hospital.</li> <li>• Este programa se ha elaborado exclusivamente para mantenerle sano y fuerte cuando se esté recuperando de una estancia en el hospital como paciente internado.</li> <li>• El beneficio de comidas está a su disposición en las cuatro (4) semanas justo después de una estancia en el hospital.</li> <li>• Este beneficio se ofrece mediante el programa Meals on Wheels.</li> </ul>		
<b>Tarjeta de débito para medicamentos de venta libre [Over-the-Counter, OTC]</b>	\$200 prestación trimestral/ \$800 prestación anual	\$75 prestación trimestral/ \$300 prestación anual	No se cubre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted recibe una tarjeta de débito para medicamentos de venta libre que se puede utilizar para comprar medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud.</li> <li>• Todo saldo sin usar se transfiere de un mes a otro hasta el final del año.</li> <li>• Puede usar la tarjeta de débito de OTC en Walgreens, Walmart, CVS, Dollar General y otras tiendas de la red.</li> <li>• Además, tiene la opción de hacer su encargo en línea en <a href="http://mypres.phs.org">mypres.phs.org</a> o en la aplicación móvil HealthyBenefits + o por teléfono con un catálogo.</li> </ul>			
<b>Prestación para audífonos de TruHearing</b>	\$2,000 cada 24 meses	\$2,000 cada 24 meses	\$2,000 cada 36 meses
Llame a TruHearing para obtener más información y programar una cita. 1-833-759-6823   TTY 711   8 a.m.- 8 p.m., de lunes a viernes o visite <a href="http://TruHearing.com/Presbyterian">TruHearing.com/Presbyterian</a> .			
<b>Prestación para anteojos</b>	Usted recibirá un subsidio de \$275 al año.		
<b>Programas de bienestar</b>	Se incluye el programa SilverSneakers®. Este programa de acondicionamiento físico le ayuda a vivir una vida más sana y más activa con conexión social y acondicionamiento físico. Este beneficio de acondicionamiento físico está disponible en línea y en los locales participantes. La membresía incluye las clases en grupo de acondicionamiento físico de SilverSneakers guiadas por un instructor. Las clases varían de un local a otro y se pueden buscar si visita <a href="http://www.silversneakers.com">www.silversneakers.com</a> .		
<b>Beneficio de comestibles (SSBCI)</b>	\$125 por trimestre hasta \$500 al año	\$55 por trimestre hasta \$220 al año	No se cubre
Puede tener derecho a recibir dinero para un beneficio suplementario especial para comestibles si le han diagnosticado una enfermedad crónica de diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión o hiperlipidemia. Tiene que haber asistido a una consulta anual de bienestar en los últimos doce (12) meses. La elegibilidad la determina su plan, y a lo mejor no cumpla los requisitos, aunque padezca uno de estos problemas médicos.			

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Más información sobre los programas de ahorros y cómo cumplir los requisitos.

### Subsidio por bajos ingresos [Low-Income Subsidy, LIS] y otros programas de ahorros de Medicare/Medicaid.

Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos, también paga copagos y deducibles reducidos por sus medicamentos de la Parte D. Los que reúnen los requisitos para ayuda adicional a lo mejor también tengan derecho a los programas de ahorros de Medicare que ayudan a pagar las primas de la Parte A y/o Parte B. Los programas de Medicaid también pueden reducir sus copagos, dependiendo del nivel para el que cumpla los requisitos.

Prima mensual (100% del nivel de LIS)	
\$0	
Niveles de ingresos que cumplen los requisitos en el 2024 Sus ingresos y recursos/bienes tienen que ser iguales o menos de:	
INDIVIDUAL ingresos anuales en el 2024: \$22,590 Recursos/Bienes: \$15,720	CASADO ingresos anuales en el 2024: \$30,660 Recursos/Bienes: \$31,360

### Importante:

- La casa en la que vive, su(s) vehículo(s), las pólizas de seguro de vida y los gastos de entierro no cuentan para el límite de recursos/bienes. Póngase en contacto con la Administración de Seguro Social para informarse referente a otras exclusiones de ingresos/recursos.
- Los límites de ingresos pueden aumentar en el 2025. Los límites de ingresos pueden ser más altos si hay más de dos familiares en su hogar.

### Averigüe si cumple los requisitos para recibir ayuda

- 1-800-Medicare (1-800-633-4227), 24 horas al día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048)
- Seguro Social, 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. (TTY 1-800-325-0778). Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día.
- Departamento estatal de Servicios Humanos de NM [NM State Human Services Department], 1-888-997-2583 (TTY 1-855-227-5485)
- Autoridad de Atención Médica de Nuevo México [New Mexico Health Care Authority, HCA], 1-800-283-4465 (TTY 711)



# RESUMEN DE BENEFICIOS

1° de enero al 31° de diciembre del 2025

## RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS MEDICARE/MEDICAID DE NUEVO MÉXICO

Su programa Medicaid estatal se llama Turquoise Care.

Una persona quien tenga derecho tanto al Programa Medicare como a la asistencia médica de un plan de Programa Medicaid estatal se considera ser elegible dual. Como beneficiario elegible dual sus servicios los paga primero el Programa Medicare y luego el Programa Medicaid.

### Cobertura de beneficios

Turquoise Care ofrece un conjunto completo de servicios que incluye la salud de comportamiento, la salud física y el apoyo y los servicios de atención médica a largo plazo [long-term care services and supports, LTSS]. Los asegurados que califiquen para un nivel de atención médica en un centro de servicios de enfermería [Nursing Facility Level of Care, NF LOC] pueden obtener acceso a LTSS mediante los servicios del beneficio en la comunidad [Community Benefit, CB] (p. ej., servicios basados en la casa y la comunidad) sin puesto de exención. El beneficio en la comunidad está a su disposición mediante los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios basados en Agencias [Agency-Based Community Benefit, ABCB] (servicios que presta una agencia proveedora) y los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios Auto-Dirigidos [Self-Directed Community Benefit SDCB] (servicios que controla y dirige un participante). Las personas menores de 21 años quienes estén inscritos en el Programa Medicaid o en el Programa de Seguro Médico para Niños [Children's Health Insurance Program, CHIP] reciben servicios de pruebas periódicas y anticipadas de detección, diagnósticos y tratamiento [Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT].

Actualmente, conforme a Turquoise Care, la mayoría de los adultos quienes están inscritos en la categoría de expansión del Programa Medicaid reciben servicios mediante un Plan Alternativo de Beneficios [Alternative Benefit Plan, ABP]. El ABP es un conjunto completo de beneficios que cubre todos los servicios que se definen en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección de Pacientes [Patient Protection and Affordable Care Act, ACA] como "beneficios de salud esenciales," además de servicios dentales para adultos. Turquoise Care propone elaborar de nuevo el ABP en un solo conjunto completo de beneficios para adultos que cubriría tanto la categoría de expansión del programa Medicaid como los adultos que tienen la cobertura del Programa Medicaid conforme a la categoría de Padres/Cuidadores. El estado propone agregar un beneficio de la vista limitado al ABP y exentar de los servicios EPSDT a las personas de 19 a 20 años quienes estén cubiertos conforme a las categorías de Padres/Cuidadores o de expansión de adultos. Los adultos que se consideran "medicamente delicados" están exentos del ABP y pudieran recibir el conjunto de beneficios ordinario del Programa Medicaid, incluso acceso a los servicios del beneficio en la comunidad y atención en un centro de servicios de enfermería para las personas quienes cumplan los criterios de NF LOC. Si usted actualmente tiene derecho a recibir beneficios completos del Programa Medicaid, consulte su manual de asegurado de Medicaid u otros documentos estatales de Medicaid para obtener los detalles completos sobre los beneficios de Medicaid, así como las limitaciones, restricciones y exclusiones.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Si desea informarse más a fondo sobre los planes de Presbyterian Medicare Advantage, favor de llamarnos a los números teléfono que se indican a continuación o visítenos en [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare).

**Aseores de Presbyterian Dual Plus** (505) 923-5264 o 1-866-757-5264 (TTY 711)

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana (salvo los días feriados) del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

**Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (para los asegurados)**

(505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711)

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

Usted puede consultar la guía de proveedores de servicios médicos y farmacias en nuestro sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y luego seleccione **Provider Directory [Guía de Proveedores de Atención Médica]** del panel de **Resources [Recursos]**.

Si desea informarse sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su guía actual de Medicare & You [Usted y Medicare]. La puede consultar en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o puede pedir una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las personas que utilizan la línea telefónica TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para informarse sobre cómo salvaguardamos la información protegida sobre su salud [Protected Health Information] y sus derechos, llámenos al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711) o visite el sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y seleccione **Privacy [Privacidad]** al pie de la página.

Los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red o no que estén contratados por el plan no están bajo ninguna obligación de tratar a los asegurados de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), salvo en situaciones de emergencia. Favor de llamar al número local de nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) o consulte su Evidencia de Cobertura si desea conseguir más información, incluso los costos compartidos que le corresponden pagar por los servicios que se reciban fuera de la red.

Si desea conseguir una lista completa de los beneficios y servicios que cubrimos, favor de comunicarse con el plan o de consultar la Evidencia de Cobertura. Usted puede bajar fácilmente una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare), y seleccione **Forms, Plan Information, Policies [Formularios, información del plan y políticas]** del panel de **Resources [Recursos]**. Además, puede pedir una copia.

Presbyterian Dual Plus es un HMO Special Needs Plan (SNP) [plan de necesidades especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud] que tiene contrato con el Programa Medicare y contrato con el Programa Medicaid del Departamento Estatal de Servicios Humanos de Nuevo México. La inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.

---

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). Díi baa akó nínízin: Díi saad bee yáni'tti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jii'eh, éi ná hóló, koji' hódílinih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite [phs.org/nondiscrimination](http://phs.org/nondiscrimination).

## Encarte multilingüe

### Servicios de intérpretes multilingües

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Navajo/Diné:** Díí ats'ííis dóó azee' bínda'í dííkidgo, Dinék'ehjí yadałti'íigi ła' bich'í hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-855-592-7737. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。